

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN SOBRE LA EMBARAZADA: Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma, esto no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, inicial.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección (No aceptamos P.O. Box) Ciudad Condado			Número de unidad/apto	Teléfono ()
Ciudad Condado		Estado	Código postal	
Primer día de su última regla - (obligatorio)		¿Fuma? SÍ/NO	¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO	

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES PARA FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:

Apellido	Nombre		
Dirección o P.O. Box			Número de unidad/apto.
Ciudad Condado		Estado	Código postal

Raza o etnicidad : (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

<input type="checkbox"/> 1 Blanca	<input type="checkbox"/> 5b Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> J Japonesa	<input type="checkbox"/> R Guameña
<input type="checkbox"/> 2 Hispana	<input type="checkbox"/> 7 Filipina	<input type="checkbox"/> K Coreana	<input type="checkbox"/> T Laosiana
<input type="checkbox"/> 3 Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> A Amerasiática	<input type="checkbox"/> M Samoana	<input type="checkbox"/> V Vietnamita
<input type="checkbox"/> 4 Asiática	<input type="checkbox"/> C China	<input type="checkbox"/> N India asiática	<input type="checkbox"/> Z Otra
<input type="checkbox"/> 5a Indígena nativa americana	<input type="checkbox"/> H Camboyana	<input type="checkbox"/> P Hawaiana	
¿Qué idioma habla mejor? _____		¿Qué idioma lee mejor? _____	

SECCIÓN 2

1ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD: (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 22 de esta solicitud qué planes de salud de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 26 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico para que los revise.

1ª Opción de plan de seguro médico:

Opción de grupo médico y proveedor (si se solicita):	Código del proveedor (si se solicita):
--	--

2ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD: (La solicitante debe llenar esta sección)

2ª Opción de plan de seguro médico: (si la 1ª opción no está disponible)

Opción de grupo médico y proveedor (si se solicita):	Código del proveedor (si se solicita):
--	--



Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN ACERCA DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESOS y SEGUROS: Esta sección nos da la información sobre el tamaño de la familia de la embarazada, ingresos y si la embarazada o el bebé por nacer tienen seguro disponible.

Parte A: Información de la embarazada		
Nombre	¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si trabaja)	Teléfono del patrón ()	Ext.
Dirección del patrón	Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?
¿Tiene seguro médico en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "SÍ" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información:	
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO	Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____	Dirección:	
	Número de póliza:	

Parte B: Para que llene el esposo o padre del bebé por nacer, si él y la embarazada viven juntos Y tienen por lo menos otro hijo juntos. Es opcional dar el número de seguro social.		
Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO	¿Trabaja en este momento? YES/NO	
Nombre del patrón (si trabaja)	Teléfono del patrón ()	Ext.
Dirección del patrón	Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?
¿Tiene seguro médico, usted, el padre del bebé, en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "SÍ" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información:	
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO	Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____	Dirección:	
	Número de póliza:	

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Parte C: Lea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de personas casadas o sin casar, que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes discapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de cuidado infantil o de cuidado del dependiente incapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente incapacitado	Fecha de nacimiento	Parentesco con la embarazada	Cantidad mensual pagada

¿La embarazada paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? \$ _____ ¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? \$ _____ Documentación solicitada	¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? \$ _____ ¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? \$ _____ Documentación solicitada
--	--

Lea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

¿Dónde supo acerca del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno) 1. Consultorio médico 2. Clínica comunitaria 3. Periódico 4. Internet 5. Hospital 6. Oficina del gobierno 7. 1-800-BABY-999 8. Patrón 9. Escuela/iglesia 10. Amigo/pariente 11. TV/radio 12. Feria de salud/evento comunitario 13. Agente de seguros 14. Otro (especifique) _____

SECCIÓN 4

DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Declaro que:

- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- Soy residente del estado de California y he vivido aquí por lo menos durante seis meses consecutivos antes de la fecha de la firma de esta solicitud de inscripción.
- No se me ha reembolsado y que ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi cuota de inscripción, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago específico por servicios de maternidad de más de \$500 a través de mi póliza de seguro de salud.
- No estoy inscrita en Medi-Cal sin costo, ni en Medicare Parte A y Parte B en el momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de cualquier plan de seguro médico en el que esté inscrita.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de salud que participan en el programa.
- Entiendo y que obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM
- Acepto pagar la contribución de afiliada solicitada, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de afiliada.

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 5

AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione a la administración del programa Acceso para bebés y madres (AIM), todos y cada uno de los expedientes relativos a cualquier historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exigen que este programa informe lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres (AIM) pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es identificación de la afiliada y administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que cada persona presente la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres (AIM). La falta de esta información puede ser motivo para considerar que usted no reúne los requisitos. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: los números de seguro social, la información de raza o etnicidad y la fuente de la recomendación.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados bajo la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Si se inscribe en ciertos planes, usted acepta que ciertos reclamos (que pueden incluir reclamos por negligencia médica) sean decididos por arbitraje neutral obligatorio. Las afiliadas ceden su derecho a juicio por jurado o en un tribunal. La [página 20](#) tiene la información acerca de los planes y sus requisitos de arbitraje. Usted puede llamar al plan que usted elija para averiguar más.

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la presente declaración jurada. También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de afiliada como se describe en este contrato.

X _____
Firma de la solicitante

Fecha

Opcional. Autorización para enviar la solicitud de AIM a Medi-Cal.

Si mi solicitud no reúne los requisitos para AIM, pido que esta solicitud sea enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

X _____
Firma de la solicitante (requerida)

Fecha

Después que usted:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> haya llenado la solicitud | <input checked="" type="checkbox"/> haya hecho su cheque certificado o giro postal por \$50 firmado (no aceptamos cheques personales, ni efectivo) a nombre de Access for Infants and Mothers Program |
| <input checked="" type="checkbox"/> haya firmado la solicitud | |
| <input checked="" type="checkbox"/> haya reunido todos las pruebas de ingresos y embarazo <ul style="list-style-type: none">• Certificado de embarazo• Documentos de verificación de ingresos• Prueba de deducciones de ingresos• Cheque certificado o giro postal (firmado) | <input checked="" type="checkbox"/> haya hecho fotocopias de todos los documentos presentados para su expediente- si usted así lo desea |

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal:
Access for Infants and Mothers Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559
Por favor no envíe por fax su solicitud

Dirección para envíos por servicios de mensajería nocturna:
Access for Infants and Mothers Program
625 Coolidge Drive
Suite 100
Folsom, CA 95630

Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes del final de su semana número 30 de embarazo para que pueda ser considerada para el Programa AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud, de un día para otro, a través de Fed-Ex, el US Postal Service, etc.



Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Certificación de embarazo para que la llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial
Dirección de la embarazada		Número de unidad/apto.
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de certificación de embarazo de AIM

Con su solicitud usted deberá enviar un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos. Puede usar el formulario de abajo para certificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Para reunir los requisitos para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo a la fecha en que el programa reciba la solicitud completa. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se pueden encontrar los siguientes:

Médicos (generales u osteópatas)

Enfermeras vocacionales autorizadas

Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada (Planned Parenthood Organization)

Enfermeras tituladas

Asistentes de los médicos

Enfermeras parteras certificadas

Asistentes médicos

El personal del consultorio médico no puede certificar un embarazo a menos que la persona tenga alguna autorización o certificación médica.

Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada. 

Nombre del establecimiento		Fecha	
Dirección del establecimiento		Número de suite	
Ciudad	Estado	Código postal	
Código de área y N° de teléfono ()	Número de fax ()	Fecha estimada para el parto	
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica (requerido)	Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica (requerido)		Inicial
Firma del profesional de atención médica (requerido)	Título médico (requerido)		Número de licencia médica

